



Aalborg Universitet

AALBORG UNIVERSITY
DENMARK

Ledelse på tværs af professioner og organisatoriske enheder

Gustafsson, Jeppe; Seemann, Janne

Publication date:
2018

[Link to publication from Aalborg University](#)

Citation for published version (APA):

Gustafsson, J., & Seemann, J. (2018). *Ledelse på tværs af professioner og organisatoriske enheder*. 1-25. Abstract fra Ledelse i Grænselandet, Gentofte, Danmark.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal -

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at vbn@aub.aau.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Grænsekrydsende ledelse seminar i Gentofte

Janne Seemann og Jeppe Gustafsson, Aalborg Universitet (working paper okt. 2018)

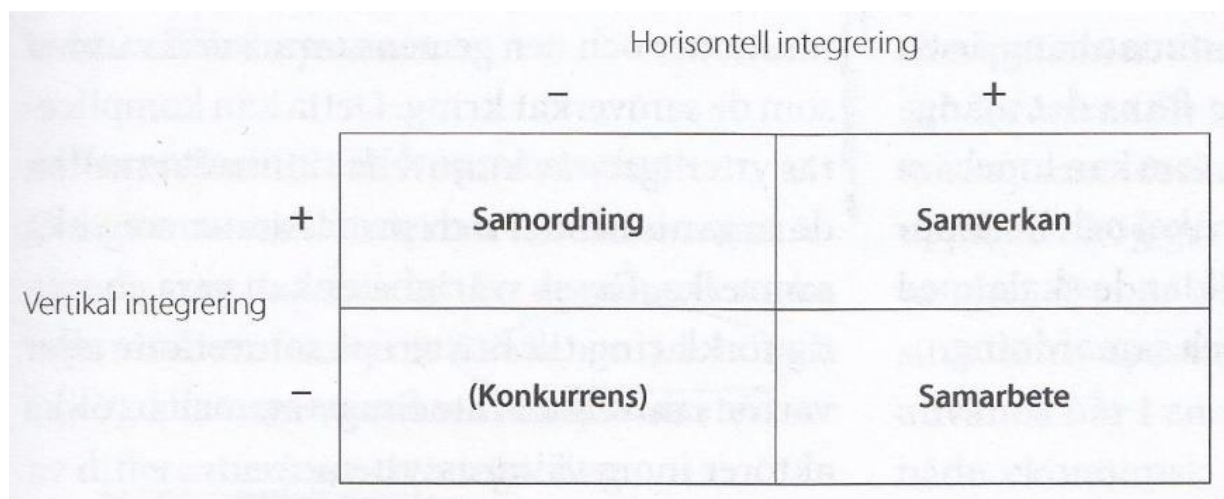
Ledelse på tværs af professioner og organisatoriske enheder

Intro

Dette working paper er et led i rapporteringen fra et forskningsprojekt¹, som følger Aalborg Universitetshospitals (AAUH's) bestræbelser på at styrke samarbejdet om sammenhængende patientforløb på tværs af professioner og organisatoriske enheder, internt på sygehuset og i relation til eksterne parter. Der er tale om et longitudinalt studium i tidsrummet 2012-2017/2018. Nærværende paper koncentrerer sig om sygehusinterne udfordringer.

Integration

Mange forskere diskuterer intensiteten og karakteren af tværgående integration i serviceproduktion (Agren og Axelsson 2011; Seemann & Gustafsson 2016, 2017). Axelsson & Bihari Axelsson (2007) definerer horisontal integration i relation til vertikal integration i nedenstående model for integrationsformer (figur 1).

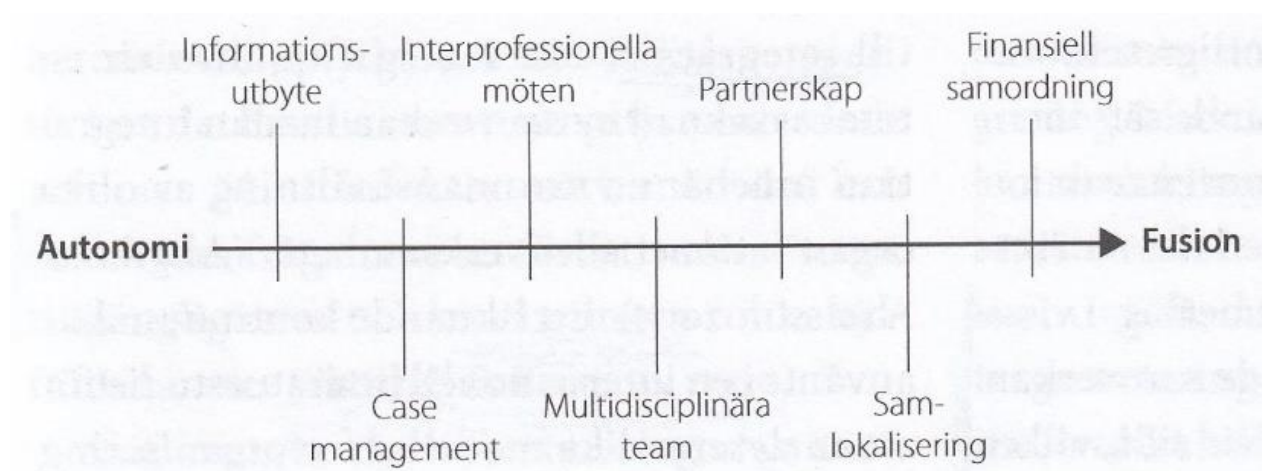


Figur 1: Fire rendyrkede integrationsformer

¹ Vi har underholdt om FLO-projektet flere gange i seminarkredsen, hvorfor der ikke bruges sider på en skriftlig uddybning i denne omgang. Se dog bilag 1 og 2.

Det fører til fire former for integration: Konkurrence, samordning, samarbejde og samverkan. De to førstnævnte repræsenterer situationer med lav grad af tværgående integration. Samarbejde repræsenterer situationer med intensive laterale kontakter og kommunikation, f.eks. i tværgående arbejdsgrupper, team og netværk. Samverkan defineres som høj grad af både vertikal og horisontal integration, som omfatter mange forskellige kombinationer af hierarkisk styring og tværgående teams og formelle laterale relationer, herunder matrix-præget organisering (Galbraith 2009; 2014) og interorganisatoriske netværk (Alter og Hage 1993).

Axelsson og B Axelsson peger på, at samverkan både kan enactes som proces og som struktur, og placerer tentativt eksempler på forskellige modeller på en glidende skala fra autonomi til fusion, som det fremgår i figur 2.



Figur 2: Forskellige modeller for organisering af Samverkan (Axelsson & R Axelsson 2013)

Ovenstående eksempler er overvejende strukturmodeller. Øvretveit (2013) beskriver forskellige procesmodeller. Bl.a. en velkendt model inden for sundhedsvæsenet benævnt

Integrated care ways, der består i en kortlægning af processer, som indgår i et behandlingsforløb på tværs af involverede parter. Det drejer sig om beskrivelser af flowcharts for forskellige typer af patientforløb med præcisering af, hvilke aktiviteter der skal udføres, hvornår det skal ske, og hvem der udfører aktiviteterne.

I et omfattende review af public service integration litteratur foreslår Keast (2003), i lighed med Axelsson (2011), at de mest anvendte kategorier for integration er cooperation, coordination og collaboration. Keast hævder, at de tre begreber er analytisk distinkte og udgør et kontinuum. Baseret på Boon et al (2009) og Sandfort and Milward (2008) kan denne polaritet udvides med kategorien Parallel practice i den ene yderpol og Process integration i den anden yderpol, som illustreret i figur 3.



Figur 3. Grader af lateral integration

Vi har ikke danske ord, der dækker nuancerne i mellem de tre kategorier i midten, så vi benytter de engelske begreber.

Parallel practice er udtryk for, at parterne arbejder adskilt og uafhængigt af hinanden uden laterale relationer ud over eventuelle henvisninger.

Cooperation er ad hoc prægede og uformelle laterale relationer. Deltagere kan være enige om at dele information og koordinere via henvisninger, men der gøres ingen indsats for at fastlægge fælles mål og planer. Hver enhed arbejder selvstændigt med egen opgaveløsning og ressourcer.

Coordination omfatter både uformelle og formelle laterale relationer mellem aktører og enheder og involverer procedurer for gensidig information og videndeling samt en vis fælles planlægning og beslutningstagen. Der kan tillige være kontaktpersoner, som understøtter fælles programmer mellem selvstændige enheder .

Collaboration er udtryk for tæt tværgående samarbejde baseret på et vist omfang af eksplicitte fælles mål og strategier, der involverer uformelle og formelle laterale relationer, videndeling, veldefinerede kommunikationskanaler, høj gensidig tillid, fælles beslutningstagen og fælles programmer. Tværorganisatoriske succes kriterier kan eventuelt også indgå.

Process integration er udtryk for, at parterne har samme overordnede mål, koordinerede strategier og processer og er integreret i samme struktur.

Niveauet for integration er i vidt omfang et spørgsmål om udformning af organisatorisk design og ledelseslogik. Især to spørgsmål er af væsentlig betydning i denne forbindelse; ekspertisebaseret versus procesbaseret organisering og professionsledelse versus generel ledelse.

Ekspertisebaseret versus procesbaseret organisering

Spørgsmålet om ekspertisebaseret versus procesbaseret organisering er en klassisk organisationsteoretisk designudfordring vedrørende differentiering, dvs. den basale opdeling og gruppering af arbejde. I sundhedsvæsenet er organisationer helt overvejende struktureret som professionelle bureaukratier med ekspertisebaseret organisering på grundlag af medicinske specialer, faggrupper og funktioner. Dermed er sundhedsvæsenet så at sige født med fagligt baserede siloproblemer, og væksten i specialisering indebærer et stadig stigende behov for integration på tværs mellem forskellige faggrupper og specialer for at imødegå fragmenteret opgaveløsning, hvor der er gensidig afhængighed på tværs af fagligheder/eksperter.

Puslespillet vedrører primært design af basisstruktur, hvor specialeenheder grupperes i behandlingsenheder, funktioner og afdelinger. Problemet er, at det har vist sig, at det er meget vanskeligt at skabe effektive integrationsmekanismer på tværs af de fagbureaukratiske enheder. Som en konsekvens heraf har nogle hospitaler siden starten af 1990'erne lanceret forskellige radikale forsøg på at etablere procesbaserede organisationsstrukturer, blandt andet inspireret af Business Process Reengineering (BPR). Denne form for forandring involverer i princippet en ændring i arketype fra den traditionelle funktionelle eller ekspertbaserede struktur til en procesbaseret struktur. Selvom dette organisationsdesign fra et teoretisk synspunkt synes at være en logisk løsning med henblik på at sikre sammenhængende patientforløb, synes interventionerne ikke at leve op til visionerne. Forskningsresultater dokumenterer, at forsøg på procesbaseret organisering

har meget svag legitimitet og møder stærk modstand blandt involverede sundhedspersonaler (McNulty og Ferlie 2002).

Det ser ud til, at det er meget vanskeligt at udvikle procesbaseret organisering i hospitaler, bortset fra afgrænsede højt prioriterede patientforløb som kræftpakker og traumeprocesser. Generelt er det således næppe muligt at foretage en transformation fra ekspertise til procesbaseret organisering i sundhedsvæsenet. Meget peger på, at integrerede behandlingssystemer med stærkt fokus på sammenhængende patientstrømme må baseres på hybridstrukturer, der kombinerer flere organiseringsprincipper i matrixlignende organisationer og interorganisatoriske konfigurationer (Galbraith 2009, 2014; Alter & Hage 1993).

Professionsledelse versus generel ledelse

Det andet puslespil drejer sig om ledelseslogik. Siden begyndelsen af 1980-erne har ledelse inden for sundhedsvæsenet været udfordret af forskellige konkurrerende institutionelle logikker, som ofte manifesterer sig som kultur sammenstød mellem professionsledelse og generel ledelse (Harrison og Pollit 1994, Reay and Hinings 2009, Kirkpatrick et al 2011)

Klassisk professionsledelse fremhæver kollegial, selv-regulerende faglig autonomi baseret på medicinsk praksis, viden, normer, værdier, og evidensbaserede metoder indlejret i faglige communities. Den generelle ledelse er baseret på generelle økonomisk/administrative ledelseskoncepter, herunder strategisk planlægning, konkurrence, styring, procesoptimering, informationsbehandling, præstationsmåling, økonomisk kontrol og human ressource management (McGivern m.fl. 2015, Realin 1991, Watson 1995, Schein 1996).

Tidligere dominerede professionsledelse helt ledelsen inden for sundhedsvæsenet, Men i dag repræsenterer de to perspektiver tilsammen ledelsesfunktioner, som ikke kan undværes i styringen af hospitaler. Begge funktioner skal varetages og sammenflettes i form af hybridledelse. Flere forskere dokumenterer forvirring og frustration blandt sundhedsledere i sådanne hybrid-leder situationer (Kirkpatrick et al 2009; Currie og Croft 2015).

Der er i de senere år kommet en omfattende litteratur om hybridledelse i professionelle serviceorganisationer, der har nuanceret billedet af hybridledelse og inddraget et bredere perspektiv på bagvedliggende institutionelle logikker. På baggrund af et omfattende litteratur review tager Byrkjeflot og Jespersen (2014) problematikken et step videre. De nuancerer generel ledelse ved at identificere tre forskellige logikker og hybrid typer, som de benævner the clinical manager, the neo-bureaucratic manager og the commercialized manager. Sidstnævnte er ikke relevant i denne forbindelse og indgår derfor ikke i de følgende overvejelser. Byrkjeflot og Jespersen (2014:XX) skal i denne sammenhæng citeres for følgende:

"The clinical manager is a hybrid role where clinicians (doctors and nurses) take the role as manager but without completely leaving the professional work. In this way they mediate between the traditional logic of professional self-governance and new general management logic inspired by New Public Management (NPM).

The neo-bureaucratic manager is a hybrid role where clinicians (doctors and nurses) take the role as manager but without completely leaving the professional work. They mediate between the traditional professional self-governance and a neo-bureaucratic logic stressing improvement, accountability and utility inspired by the notion "audit society" (Power 1997). The logic represents a shift in bureaucratic regulation with the establishment of central and local bureaucracies developing standards guidelines, information systems and quality control. This includes to some extent a broader concern with coordination of multiple services and processes that are believed to have become too fragmented as a consequence of specialization and NPM. It follows that treatment and care is becoming much more rules governed and subject of surveillance and control."

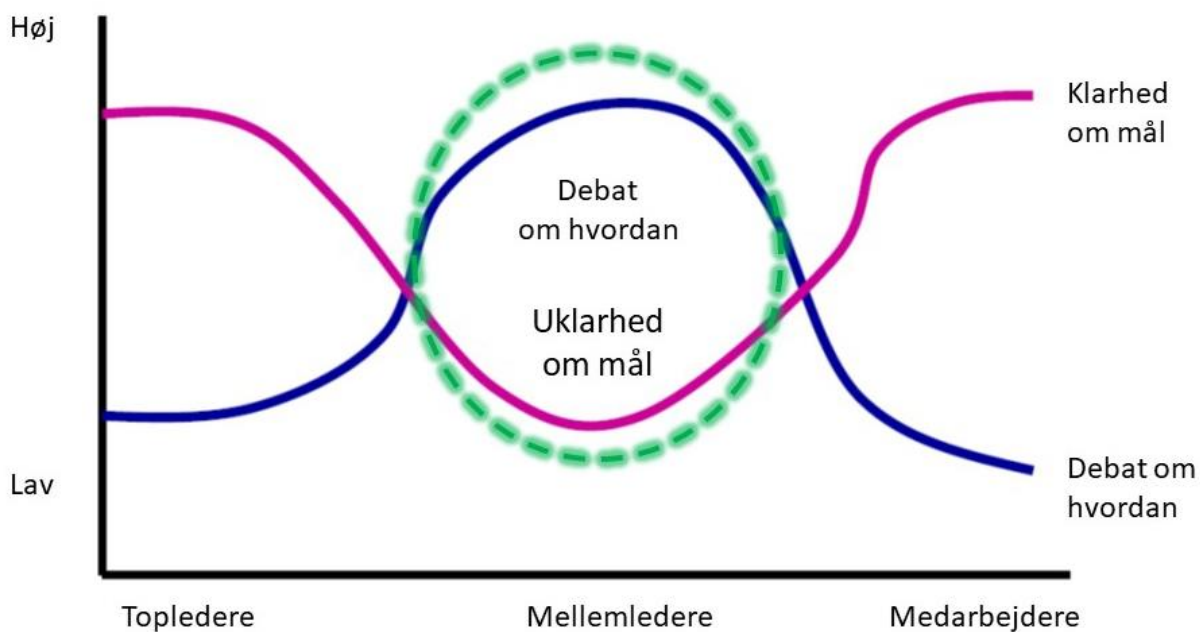
Dynamisk kompleksitet

Sammenfattende kan det konstateres, at ledelses- og organisationsforskningen i sundhedsvæsenet peger på, at der er meget stærke barrierer mod udvikling af procesbaseret organisering, på trods af, at det teoretisk set synes at være en logisk løsning på behovet for sammenhæng og effektivitet i patient flow. Den ekspertise-baserede organisering vil formentlig fortsat udgøre den grundlæggende struktur i fremtidige sundhedssystemer, idet den er en integreret del af fagprofessionelles DNA og

viden-udviklingen i international medicinsk forskning. På den anden side er sundhedsorganisationerne nødt til at bekæmpe fragmenteret behandling og levere på horisontal integration. Integrerede behandlingssystemer med stærkt fokus på sammenhængende patientforløb kræver dermed hybridstrukturer, der kombinerer flere organiseringsprincipper i form af matrixlignende organisationer og interorganisatoriske konfigurationer (Galbraith 2009, 2014; Alter & Hage 1993) samt fleksibel hybridledelse, som sammenvæver flere konkurrerende logikker og forventningssæt.

Alt i alt står involverede ledere således over for en dynamisk kompleksitet med matrixlignende organisationsstrukturer og forventninger om hybridledelse eksekveret i både siloperspektiv og horisontalt perspektiv. Dette vanskeliggør entydig ledelse i traditionel forstand. I sådanne kontekster ofrer man klarhed og entydighed for at få samtidigt fokus på flere hensyn og sammenhæng på tværs af professioner og organisatoriske enheder. Konsekvensen er uklarhed om mål, processer, indflydelse og ansvar m.v. Flere studier af matrix organisationer peger på, at uklarheden slår igennem på alle niveauer, men i forskellig grad (Galbraith 2009, Hall 2013).

For de øverste ledere kan strategier og mål ofte forekomme "klare nok", fordi ledere på dette niveau er vant til tvetydige roller, har en høj positionsmagt og kan forholde sig abstrakt til kompleksiteten. For mellemledere ser situationen helt anderledes ud. De kan opleve store udfordringer, idet de mere konkret står overfor at skulle operationalisere konkurrerende mål, prioriteter og krav på deres tid. Denne forskel er illustreret i figur 4. Den lilla kurve viser niveauet for klarhed om mål for henholdsvis topledere, mellemledere og medarbejdere, og den blå kurve viser niveauet for konflikterende bud på konkrete handlinger, hvad der er gode løsninger, for at nå målene for de samme grupper. Den grønne cirkel indfanger mellemledernes situation med stor uklarhed om mål og mange forskellige meninger om, hvad de skal gøre i den konkrete situation. Det er her hos mellemlederne, at krydspresene fremstår konkret, og hvor balancen mellem forskellige mål og forskellige handlinger skal eksekveres konkret.



Figur 4: Uklarhed, flertydighed og krydspres for mellemledere og netværksledere i matrix organisering

Den grønne cirkel illustrerer således epicentret for samarbejde på tværs af professioner og organisatoriske enheder. Mellemlederne kan have meget vanskeligt ved at få enderne til at nå hinanden og skabe klarhed for medarbejdere og patienter.

Der synes at være en tendens til, at organisationer søger at håndtere den dynamiske kompleksitet ved at understrege et billede af entydig ledelse. Spørgsmålet er imidlertid, om dette er vejen frem. Meget tyder på, at entydig ledelse ikke skaber klarhed, men snarere negligerer og skygger for matricelementerne, så der opstår skjulte matricer, som slår igennem hos mellemledere og andre koordinerende roller, der vanskeligt kan håndtere de konkurrerende hensyn, da de ikke anerkendes i øvrige dele af det organisatoriske landskab.

Det er nødvendigt, at der er forståelse for, at man må ofre klarhed og entydighed for at få fokus på flere hensyn og sammenhæng på tværs, og at konsekvensen er en vis uklarhed om mål, processer, indflydelse og ansvar. Man må udvikle organisatorisk kapabilitet og individuelle kompetencer i form af hybrid-strukturer og hybridledelse.

Hybridledelse

Vor empiri peger på, at tre af de logikker Byrkjeflot og Jespersen (2014) identificerer, gør sig gældende i enactment af PAL og Patientens team på AAUH. Det drejer sig om klassisk Self-governance, Clinical manager hybriden og Neo-bureaucratic manager hybriden.

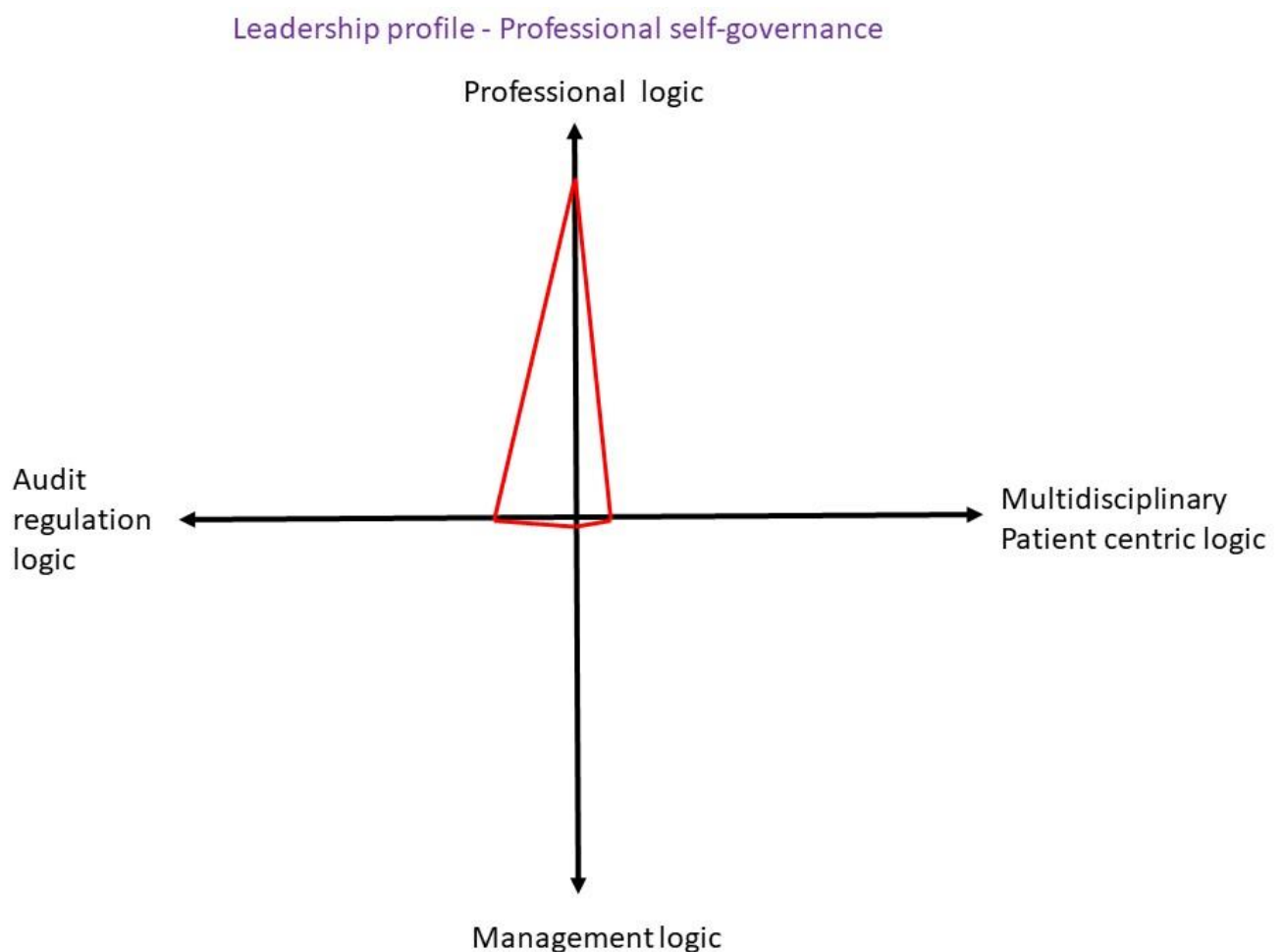
Det ser imidlertid ud til, at der er en fjerde logik, som gør sig gældende. Som arbejdsbegreb kalder vi den multidisciplinær-patientcentreret logik. Den udspringer af visionen om et patientcentreret sundhedsvæsen med sammenhængende og integrerede patientforløb på tværs af professioner og organisatoriske grænser. Baggrunden er en stigende efterspørgsel efter mere kontinuitet og sammenhæng i behandlingsforløb fra patienter og interessenter og en øget erkendelse af, at patienter med multiple diagnoser, kræver koordinering af stadig flere specialer og parter. Denne logik kommer bl.a. til udtryk i dele af det nye nationale kvalitetsprogram (Ministeriet for Sundhed 2015) og i AAUH's handlingsplaner, visionspapirer og beskrivelser af koncepterne Patientens Team og PAL, der med stor styrke prioriterer patientinddragelse, multidisciplinært teamwork og kommunikation mellem parterne om bl.a. udredning, behandling, medicin, hjælpemidler og opfølgning hos egen læge m.v. Vi har endnu ikke forskningsmæssigt grundlag for at definere denne logik teoretisk, men det er en markant forventningsdefinerende logik i feltet, og på AAUH. På denne baggrund arbejder vi med en tentativ formulering af en hybrid, der kobler klassisk Self-governance og multidisciplinær patientcentreret logik. Som arbejdshypotese vil vi kalde denne tredje potentielle hybrid for "Network manager hybrid". Nedenfor gennemgås de identificerede profiler først hver for sig, hvorefter de kombineres og diskuteres i relation til integration.

Den klassiske professionelle ledelsesprofil og de tre typer af hybrid-ledelse kan hver for sig forenklet karakteriseres ved score på fire koordinater. Dvs. en for hver af de fire identificerede logikker. De fire koordinater illustrerer graden af logikkernes dominans i ledelsesprofilerne. Jo længere ud på en koordinat en profil markeres, jo mere dominerer koordinatens logik i profilen.

Professional Self-governance

Den klassiske Self-governance profil er illustreret i figur 4. Den bygger på en professionel logik og identitet dannet gennem uddannelse, træning og socialisering. Det er den

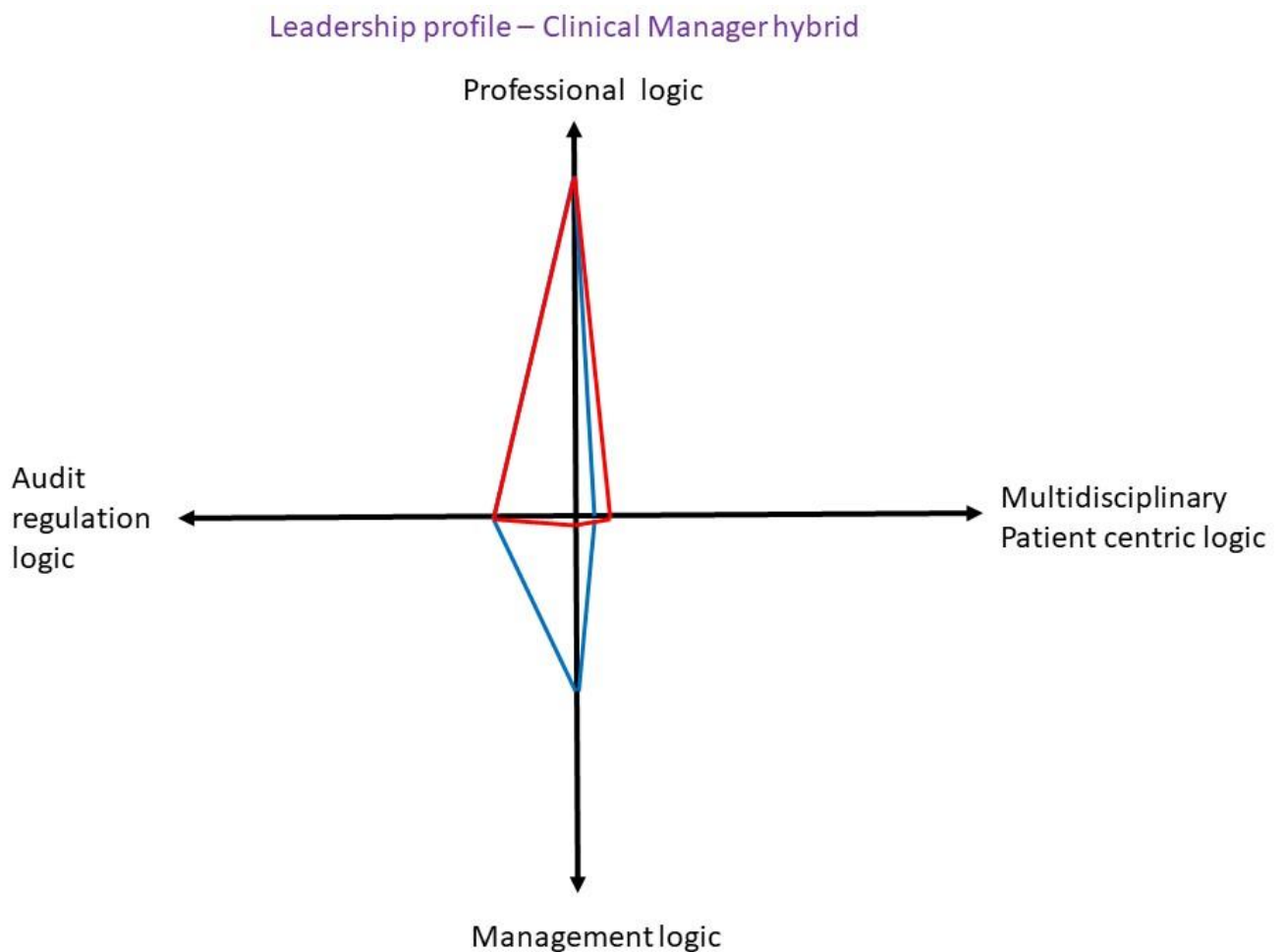
professionelle arketype (Abbot 1988, Exworthy and Halford 1999). Den er forankret i medicinsk forskning og praksis, og fremstår som evidensbaserede behandlingsmetoder, anbefalinger, instrukser, medicinske kvalitetsmål, normer og værdier. Alt sammen indlejret i en række nationale og internationale faglige institutioner. Profilen understreger professionel autonomi i de enkelte specialer. Fokus er på den faglige opgaveløsning i specialet, dvs. behandling af indkomne patienter samt faglig udvikling og forskning (McGivern et al 2015). I sin rene form har profilen ikke meget øje for forventninger med baggrund i de øvrige profiler (Currie and Croft 2015). Indtil 1980-erne dominerede denne logik ledelse i det danske sygehusvæsen. De dominerende professioner var selv-ledende, herunder ledelsesmæssigt præget af 'primus inter pares', og interesserede sig for det sundhedsfaglige.



Figur 4: Den klassiske Self-governance profil

Clinical Manager

I dag er økonomi et centralt emne i ledelse inden for sundhedsvæsenet, som kalder på Clinical Manager hybriden i figur 5, der balancerer professionel logik med general management logik. Denne logik benævnes ofte New Public Management (NPM), og er forankret i økonomistyring med fokus på effektiv udnyttelse af ressourcer og kapacitet, hvor fokus er på optimering, produktivitet og budgetoverholdelse samt besparelser, herunder materiale og medicinforbrug, belægningsprocenter, interne ventetider, gennemløbstider, vagtplanlægning mm.



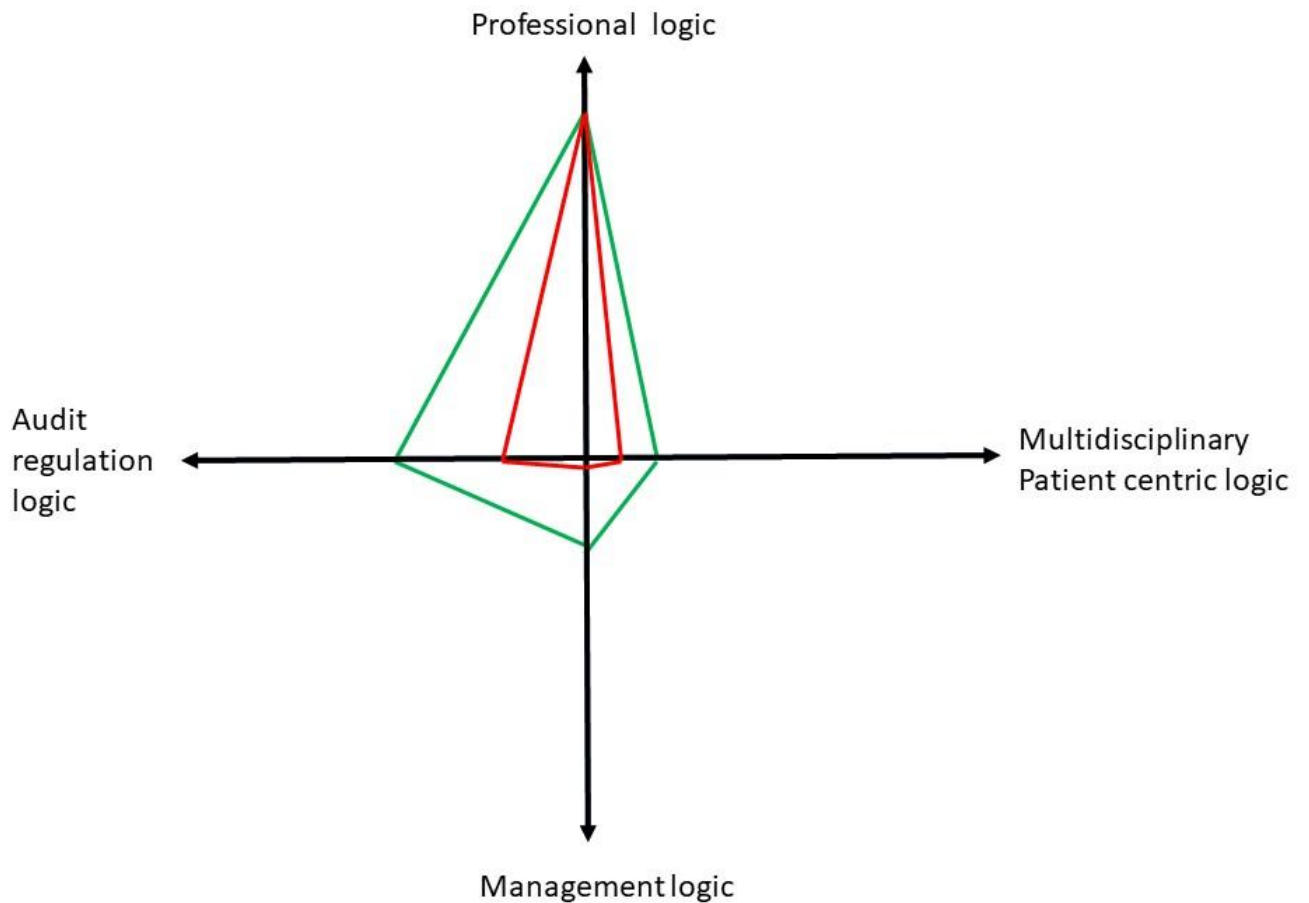
Figur 5: Clinical manager profil

Clinical Manager hybriden enacts typisk silofokuseret på specialet, idet økonomistyring og administrative systemer typisk følger faglige siloer og vertikale kommandoveje. Profilen understøtter dermed kun i mindre grad ledelse og koordinering på tværs. Som det er illustreret i figur 5, kan audit logikken til en vis grad tilgodeses i Clinical Manager hybriden, primært med standarder som passer med specialesilo perspektivet, hvorimod den måske vil indsnævre perspektivet i relation til den multidisciplinære patient centrerede logik.

Neo-bureaucratic Manager

Neo-bureaucratic Manager profilen (figur 6) balancerer professionel logik med Audit regulation logikken, der er afledt af politisk fastsatte mål for sundhedsvæsenet og er i vidt omfang baseret på det nationale kvalitetsprogram, der omfatter 8 mål præciseret i form af en række indikatorer. Nogle af disse indikatorer er, jævnfør ovenfor, sammenfaldende med professionel logik. Men hybriden omfatter også de politisk og strategisk fastsatte audits, som ikke indgår eller er svagt repræsenteret i den professionelle logik, f.eks. patientrettigheder, krav til udredningsforløb og ventetider samt sygehusets interne KPI'er. Kodeordet er datadrevet ledelse.

Leadership profile – Neo-bureaucratic Manager hybrid

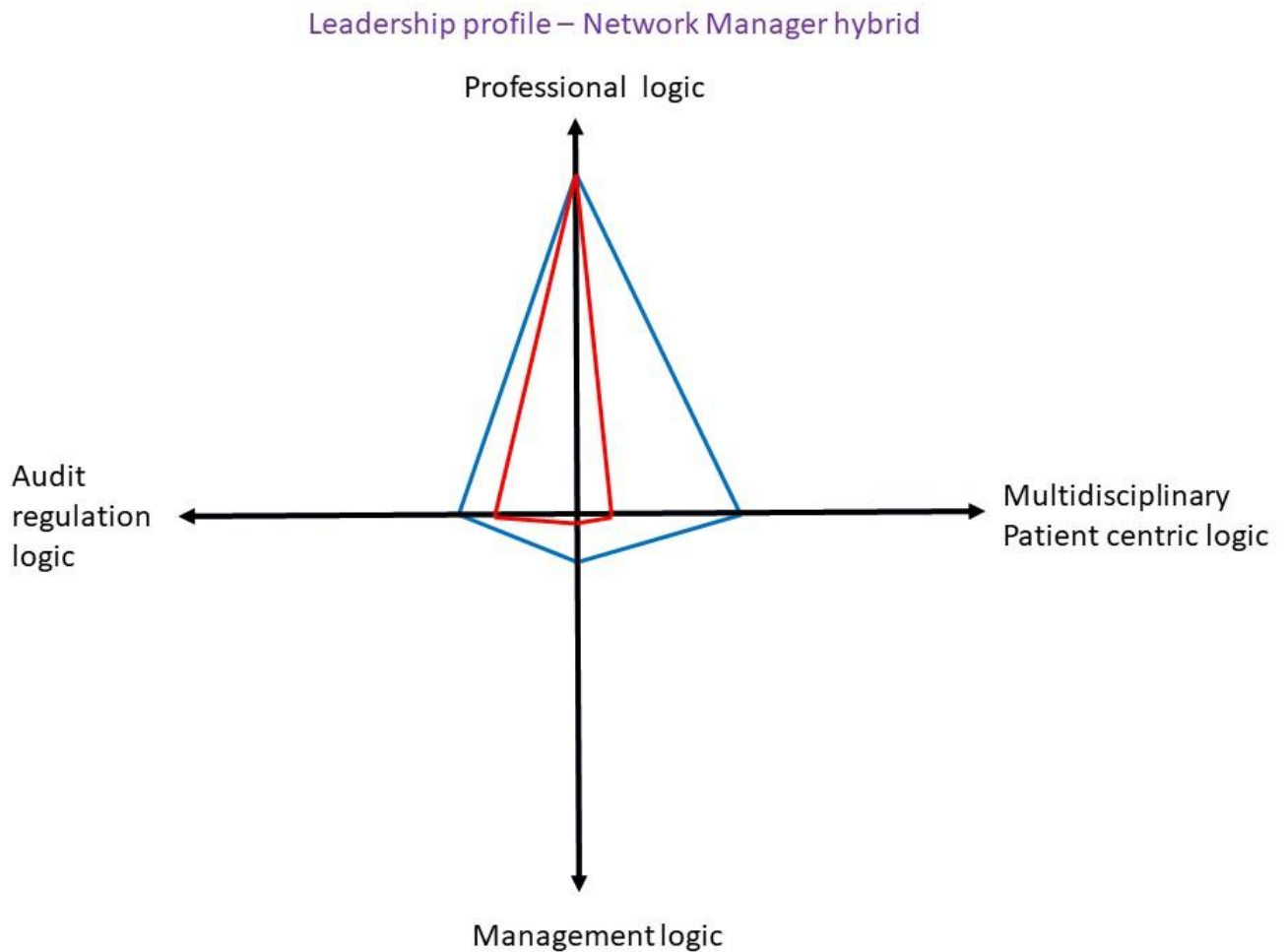


Figur 6: Neo-bureaucratic manager profil

Den neo-bureaukratiske hybrid omfatter dele af management logikken og i mindre grad også den multidisciplinære patientcentrerede logik, bl.a. vedrørende inddragelse af patienter og pårørende og sundhedsaftaler for tværsektorielt samarbejde.

Network manager

Network Manager profilen i figur 7 balancerer professionel logik og multidisciplinær-patient centreret logik, der, som nævnt ovenfor, har fokus på integration på tværs, og kræver teamwork og kommunikation om bl.a. udredning, behandling, medicin, hjælpemidler og opfølgning.



Figur 7: Network manager profil

Behovet for denne hybrid er særligt udtalt ved såkaldt multisygdom og andre komplekse forløb, hvor flere specialer er indblandet samt i forløb, der involverer tæt samarbejde med kommunale parter og almen praksis. Men integration på tværs italesættes også mere generelt i forløb, hvor der sker (for) mange fejl i kommunikation på tværs, og hvor patienter farer vild i fragmenterede behandlingsforløb, og henvises til at agere hovedkoordinatorer i eget forløb. Kodeordet er mennesket i centrum.

Når ledelsesprofilerne kombineres – om krydspres og integration

Byrkjeflot og Jespersen (2014) konkluderer i deres litteratur review, at sundhedsprofessionelle generelt er i stand til at bevare deres autonomi og faglige værdier ved at respondere på de nye reformkrav og logikker med kreativ hybridledelse. De fremhæver, at flere af logikkerne ofte er til stede samtidig, men at der eksisterer en slags

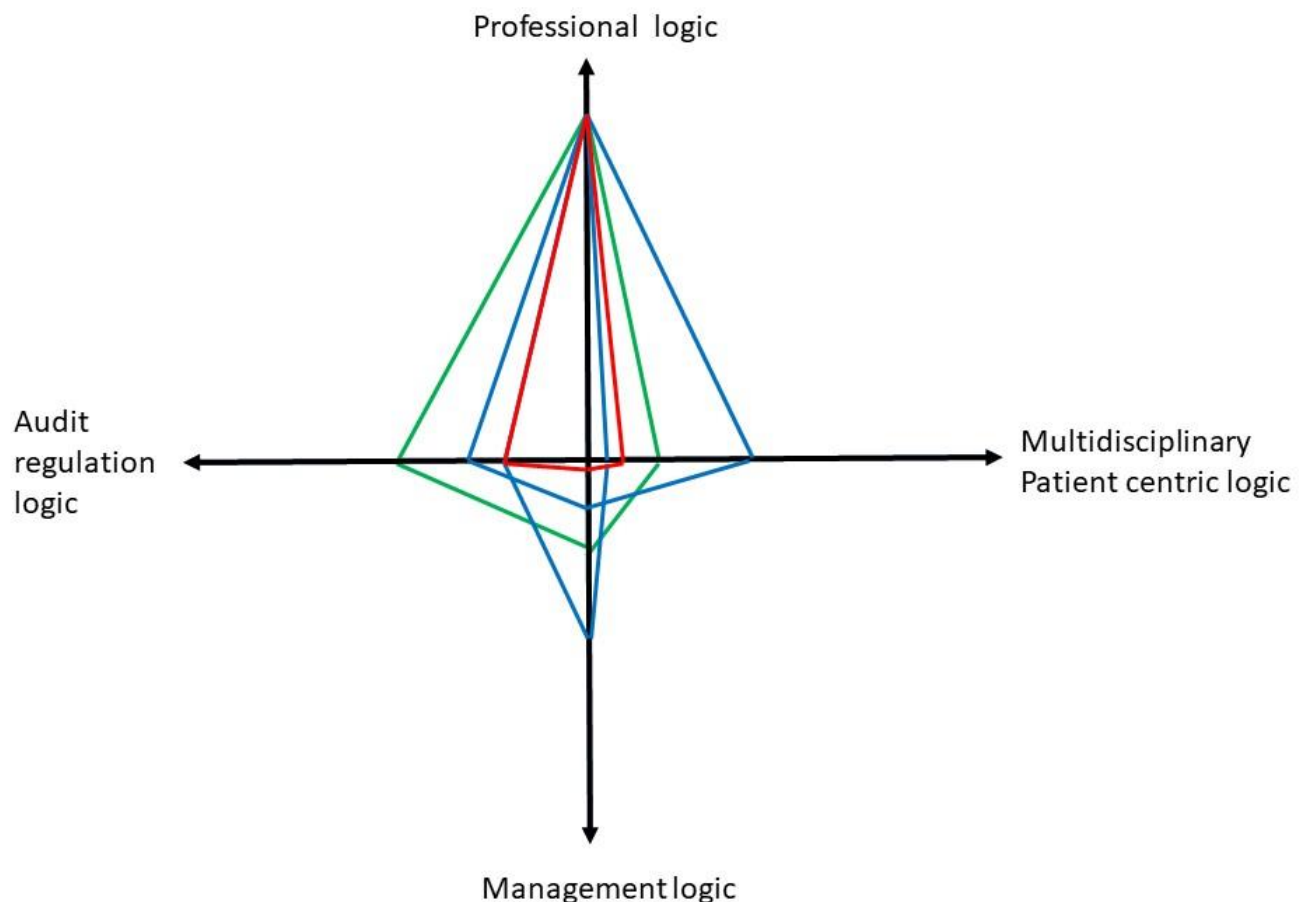
usikker våbenhvile mellem de konkurrerende logikker, som muliggør, at ledende læger og sygeplejersker kan opretholde deres autonomi og faglige værdier, ved at mediere mellem de modstridende krav.

Vore data passer ikke med det våbenhvile-billede Byrkjeflot og Jespersen tegner. Vi finder, at der er stærke spændinger og krydspres i feltet som følge af logikkernes forventningssæt. AAUHS topledelse presser ambitiøst og hårdt på alle fire logikker. Politiske mål og stor medie opmærksomhed gør sig gældende hele vejen rundt.

Der synes at være et vist overlap eller sammenfald mellem de to logikker, der sammen danner den lodrette akse. De synes at dele et siloperspektiv. Der synes også at være et vist sammenfald mellem de to akser, der sammen udgør den vandrette akse, primært med hensyn til deres fokus på horisontal integration. Disse sammenfald er imidlertid hovedsagelig af abstrakt overordnet karakter. I konkrete patientforløb og i konkret praksis kan det være særdeles vanskeligt for de involverede aktører at mediere og finde brugbare balancer og anvendelige hybrid konstellationer.

Det er vores hypotese (jævnfør figur 8), at logikkerne i praksis er kumulative, og at den dynamiske kompleksitet, de skaber, holder alle involverede i markante krydsres, som i princippet stiller krav om multipel hybridledelse, der scorer højt på alle logikker samtidigt. Det er en meget vanskelig situation.

Leadership profile – Clinical, Neo-bureaucratic and Network Manager hybrid combined



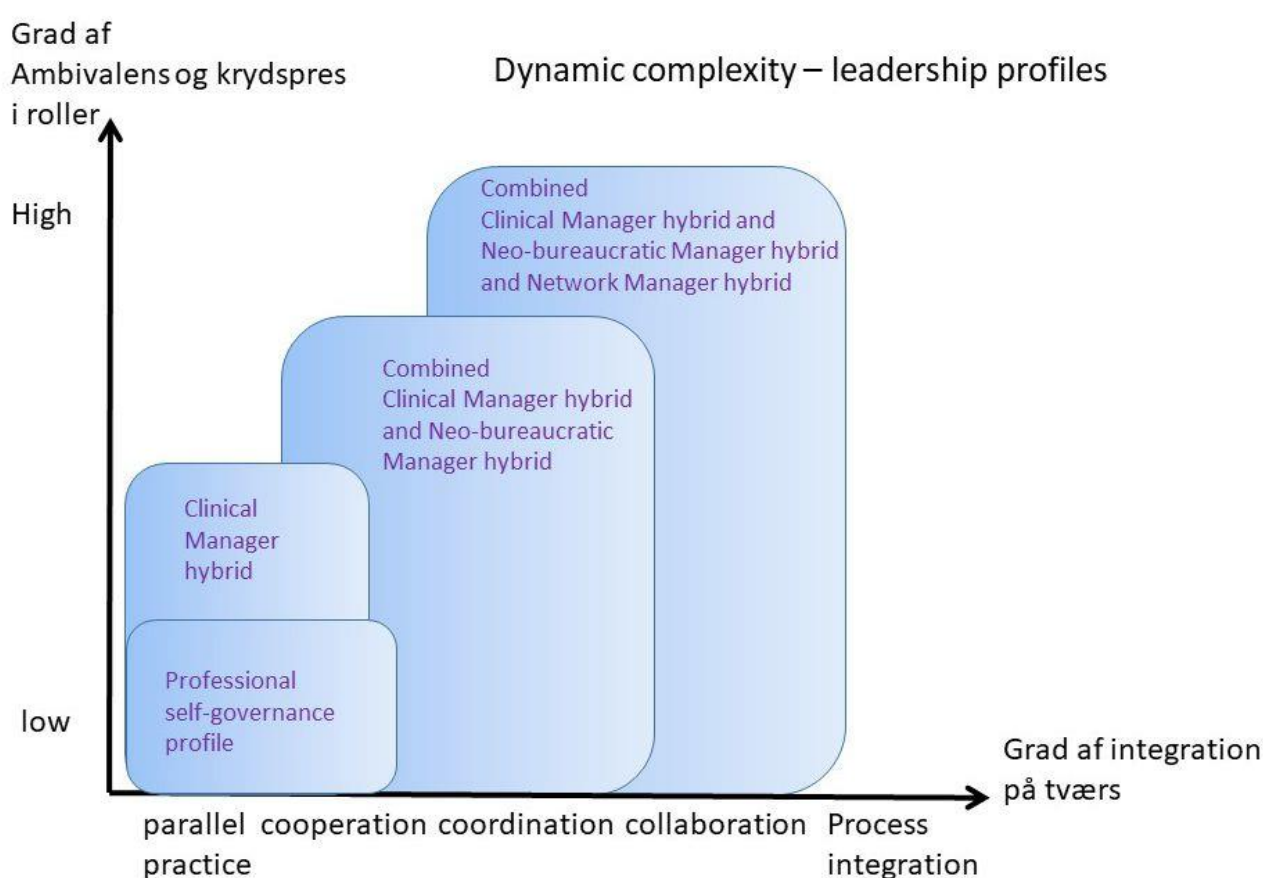
Figur 8: Clinical, Neo-bureaucratic og Network manager hybrid combined

Figur 9 viser summen af de forventningssæt, som mellemledere og frontledere konfronterer i logikkernes epicenter. Samlet set er der således mere krydspres i feltet end de enkelte hybridmodeller beskriver, men der er også potentielt mere integration på tværs af professioner og organisatoriske enheder. Dette er illustreret i figur 9, der sætter logikker, hybridtyper og integration i forhold til hinanden.

Figur 9 viser tillige, hvordan forskellige kombinationer af hybridprofiler må antages at score på grader af krydspres og grader af integration. Starter man nede i venstre hjørne med den klassiske Self-governance profil, involverer den, isoleret betragtet, lav grad af ambivalens og krydspres. Det er den klassiske, velkendte sundhedsfaglige lederrolle i

hospitalsverdenen. Den giver forudsigelighed og stabilitet. Problemet i denne sammenhæng er imidlertid, at rollen er forankret i en kultur karakteriseret ved fagligt siloperspektiv præget af parallel practice, som dermed leverer lav grad af integration på tværs af specialer.

Med hensyn til integration bliver det ikke bedre med Clinical manager hybrid. Den er også præget af siloperspektiv, idet NPM økonomistyringen typisk er tilpasset den faglige/funktionelle struktur, med fokus på internt integration i egen budgetenhed og begrænset interesse for integration på tværs af organisatoriske enheder.



Figur 9: Kombinationer af hybridledelse i relation til grad af krydspres og integration.

Fordelen ved Clinical manager profilen er, at den adresserer spændingen mellem faglighed og økonomi, men bagsiden er, at netop dette indebærer et relativt markant

krydspres og en del ambivalens for mellemledere og frontledere samt snævrere siloperspektiv og mindre integration.

Kombinationen af hybridprofilerne Clinical manager og Neo-bureaukratisk manager fremmer integration på tværs. Men netop det øgede pres for integration, fører til meget ambivalens og krydspres for involverede mellemledere og frontledere, idet Clinical manager profilen i NPM logik er stærkt fokuseret på suboptimering i relation til enhedernes egen bundlinje og budgetoverholdelse.

Kombinationer af hybridprofilerne Clinical manager, Neo-bureaukratisk manager og Network manager har det største potentiale til at opfylde ambitionerne om integration på tværs. Imidlertid er prisen også det højeste niveau af ambivalens og krydspres for alle involverede, idet det multidisciplinære patientcentrerede perspektiv går på tværs af de øvrige logikkers mere eller mindre siloprægede perspektiver.

Afsluttende refleksioner

Effekten på organisationsniveau afhænger af, hvilke coping strategier involverede ledere og medarbejdere vælger. Så spørgsmålet er, hvordan de fire logikker enacts og står i forhold til hinanden i praksis? Hvordan de balanceres og blendes (Montgomery 1990), og hvor meget de står i vejen for hinanden i konkrete praksisser? Er der i praksis tale om trade off mellem logikkerne eller er der mulighed for synergi? Kan mellemledere, frontledere og medarbejdere holde til at være i logikkernes epicenter? Kan de finde coping strategier, der er til at leve med, og som kan bygge bro mellem logikkerne?

Forskningen peger på, at ledere fortolker, prioriterer og enacter hybrid-forventninger forskelligt, afhængig af kontekst, præferencer og kompetencer. Der er identificeret og kategoriseret flere forskellige coping strategier, bl.a. active involvement, resistance, decoupling, colonization (Levay og Waks 2009), og co-optation, renegotiation, blending, discretization og cross-border leadership (Byrkjeflot og Jespersen 2014). Der er også peget på muligheder i distribueret lederskab (Currie og Lockett 2011, White et al 2016).

Vort formål er at afdække, hvordan PAL og Patientens team bliver enacted (fortolket og implementeret) set i relation til den ovenfor beskrevne dynamiske kompleksitet, og analysere konsekvenser for integrationen på tværs af professioner og organisatoriske enheder på AAUH internt og i relation til eksterne parter.

Referencer

Abbott 1988: *The System of Professions; An essay on the Division of Expert Labor*. Chicago, IL: Chicago Press

Exworthy, M. and S. Halford 1999: *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector*, Buckingham; Open University Press.

Alter & Hage (1993): *Organizations Working Together*. London: Sage Publications

Ahgren, B. and R. Axelsson (2011) A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 2000-2010. *International Journal of Integrated Care*. 2011;11(5)

Axelsson R. og S. B. Axelsson (red.) (2007): *Folkhälsa i Samverkan mellan professioner, organisationer og samhällssektorer*. Lund: Studentlitteratur

Axelsson R. og S.B. Axelsson (red.) (2013): *Om samverkan: för utveckling av hälsa och välfärd*. Lund: Studentlitteratur

Byrkjeflot og Jespersen (2014): Three conceptualizations of hybrid management in hospitals. *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 27 Issue:5, pp441-458, doi: 10.1108/IJPSM-12-2012-0162

Boon H., Mior, S. A., Barnsley J., Ashbury, F. D. and Haig R. (2009): The Difference Between Integration and Collaboration in Patient Care: Results from key informant interviews working in multiprofessional Health Care teams, *National University of Health Science*. Doi: 10.1016/j.jmpt.2009.10.005

Bryson, J., Crosby, B. & Middleton Stone, M (2006): The design and implementation of cross-sector collaborations: Propositions from the literature, *Public Administration Review*, 58: 44-55

Currie C. and A Lockett (2011): Distributing Leadership in Health and Social Care: Concertive, Conjoint or Collective? *International Journal of Management Reviews*, Vol. 13, 286-300.

Currie G and C Croft (2015): Examining hybrid nurse managers as case of identity transition in healthcare: developing a balanced research agenda, *Work employment and society 2015*, Vol. 29(5) 855-865

Galbraith, J.R. (2008): *Designing matrix organizations that actually work: How IBM, Proctor & Gamble and others design for success*. London: John Wiley and Sons

Galbraith, J.R. (2014): *Designing Organizations*, San Francisco: Jossey-Bass

Keast R L (2003): *Integrated public services: The role of networked arrangements*, Phd thesis, James Cook University of North Queensland.

Kirkpatrick I, P K Jespersen, M. Dent and I. Neogy (2009): Medicine and Management in a Comparative Perspective. The cases of England and Denmark, *Sociology of Health and Illness*, 31, 5, 642-58.

Levay and Waks (2009) Professions and the Pursuit of Transparency in Healthcare: Two Cases of Soft Autonomy, *Organization Studies* 30(05): 509–527

- Mainz J and J Wensen (2015): Patientens Team og den behandlingsansvarlige læge kan optimere patientforløb. (The Patient's Team and the responsible doctor as a condition for efficient patient courses) *Ugeskrift for Læger*, 177: V05150436
- McGivern G et al. (2015): Hybrid manager-professional's identity work: The maintenance and hybridization of medical professionalism in managerial context, *Public Administration Vol. 93, No 2 2015 (412-432)*
- McNulty T & Ewan Ferlie (2002): *Reengineering Health Care – The complexities of Organizational Transformation*. Oxford: Oxford University Press
- Reay, T and C R Hinings (2009): Managing the Rivalry and Competing Institutional Logics *Organizations Studies*, 30, 6, 629-5.
- Sandfort J and H B Milward 2008: Collaborative Service Provision in Public Sector, in Cooper et al ed.: *The Handbook of Inter-organizational Relations*, Oxford University Press, Oxford 2008
- Seemann J, B Dinesen & J Gustafsson (2013): Interorganizational Innovation in Systemic Networks: TELEKAT Findings. *The Innovation Journal - Public Sector Innovation Journal*, Vol. 18, Nr. 3, 5, 20.12.2013, p. 1-18.
- Seemann J, J Gustafsson, R Axelsson, S B Axelsson, R Antoft, M Fredens (2015): *På vej mod en ny ledelsesorganisation. Rapport fra et følgeforskningsprojekt på Aalborg Universitetshospital*. (Heading towards a new management-organization. Report from a trailor-project at Aalborg University Hospital. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag
- Seemann J & J Gustafsson (2016): Integration in the spotlight: Fighting silo barriers and fragmented health care in Denmark. In *Future challenges for health and healthcare in Europe*. In G Giarelli, B Jacobsen, M Nielsen, G S Reinbacher (ed.) Aalborg: Aalborg Universitetsforlag, p. 49-70.
- Seemann J & J Gustafsson (2017): *Towards a 'good' health care organization through horizontal integration*. Full working paper. 33rd EGOS Colloquium 2017. July 6–8, 2017, Copenhagen Business School (CBS), Denmark
- White L, G Currie, A Lockett (2016): Pluralized leadership in complex organizations: Exploring the cross network effects between formal and informal leadership relations. *The Leadership Quarterly*, 27:280-297
- Boon H, S A Mior, J Barnsley, F D Ashbuury and R Haig (2009): The Difference Between Integration and Collaboration in Patient Care. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, Nov/Dec 2009
- Boon H., Verhoef M, O'Hara D, Findlay B (2004) From parallel practice to integrative h: a conceptual framework. *BMC Health Serv Res* 2004;4:15. Health care
- Lüscher L. S. and M. W. Lewis: Organizational Change and Managerial Sensemaking: Working through Paradox, *The Academy of Management Journal*, Vol51. No. 2 (april 2008) pp 221-240
- Øvretveit, John (2013): Samarbete, klinisk somordning och Integrerad vård: evidens och praktiska förbättringar, i Axelsson og B. Axelsson 20

Bilag

Hvad er den patientansvarlige læge?

Den patientansvarlige læge er en navngiven læge, som er udpeget til at bære det overordnede ansvar for og overblik over en given patients forløb på sygehuset. Den patientansvarlige læge er ikke fagligt ansvarlig ud over eget speciale, men koordinerings- og logistikansvarlig for hele forløbet, og den patientansvarlige læge har således en funktion som bagstopper/tovholder for det samlede patientforløb.

Det fremgår af den hvidbog, som uddyber aftalen mellem Sundheds- og Ældreministeriet, Overlægeforeningen, Yngre Læger, Dansk Sygeplejeråd, Danske Patienter og Kræftens Bekæmpelse om en national model for at indføre patientansvarlige læger på de danske sygehuse. Hvidbogen er udarbejdet for at sikre en fælles forståelse af konceptet.

Det overordnede formål med den patientansvarlige læge er at understøtte patienternes oplevelse af sammenhæng, koordinering og tryghed i deres behandlingsforløb. Patienterne skal opleve, at en navngiven læge tager det overordnede ansvar for deres forløb.

Bedre forløb

Den patientansvarlige læge skal desuden medvirke til at skabe bedre forløb for patienterne ved i højere grad at sikre, at de forskellige behandlinger fungerer sammen. Overordnet set skal indførelse af den patientansvarlige læge være med til at understøtte følgende:

En styrket inddragelse af patienterne (og eventuelt pårørende) i deres behandlingsforløb.

Større patienttilfredshed og en reduktion i antallet af negative patientrapporteringer i overgange mellem sundhedspersoner både inden for egen afdeling/speciale og på tværs af afdelinger og matrikler.

Bedre sammenhæng og fremdrift i patientforløbet, så unødvendig ventetid/spildtid undgås.

En øget arbejdsglæde hos lægerne ved at øge muligheden for at følge den enkelte patients forløb på sygehuset og ved at øge deres mulighed for bedre at udnytte deres viden og ekspertise.

En kulturændring, der indebærer, at behandlingsforløb tilrettelægges i samarbejde mellem læge, patient og eventuelle pårørende samt øvrige relevante sundhedsfaglige personer og med hensyn til patientens ønsker og samlede livssituation.

Bedre koordinering af den sundhedsfaglige indsats med henblik på at øge den patientoplevede kvalitet.

Med den patientansvarlige læge er der tale om en grundlæggende kultur- og organisationsændring på sygehusene.

Kilde: Hvidbog for den patientansvarlige læge. Danske Regioner, Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Patienter, Kræftens Bekæmpelse, Overlægeforeningen, Yngre Læger og Dansk Sygeplejeråd, 2017.

Patientens Team som grundlag for det gode patientforløb i det tværsektorielle samarbejde

Baggrund

I Nordjylland er der et ønske om at understøtte et tværsektorielt teambaseret samarbejde, hvor borgeren og eventuelt pårørende er aktive deltagere i eget behandlings- og plejeforløb (hvis de kan og ønsker). Indeværende arbejde har rødder i Sundhedsaftalen 2015-2018, hvori der er et ønske om at udvikle tværsektorielle principper for Patientens Team, der kan fungere som indspil til den kommende Sundhedsaftale.

Sundhedskoordinationsudvalget har prioriteret indsatsen til igangsætning, og på den baggrund nedsatte Den Administrative Styregruppe en gruppe, der skulle arbejde hermed. Gruppen bestod af repræsentanter fra interesserede kommuner, Patientinddragelsesudvalget, PLO-Nordjylland og Nord-KAP, Det fælleskommunale Sundhedssekretariat samt Region Nordjyllands hospitaler og administration.

Det er i overgangen mellem sektorerne (hospital, kommune og almen praksis), at der kan være behov for særlig opmærksomhed og fokus for at sikre det gode tværsektorielle forløb for den enkelte borger. Det skal sikres, at det hele tiden er tydeligt for alle, hvem der har ansvaret for den enkelte borgers forløb på tværs af sektorer. Ingen slipper således ansvaret for borgeren, før en anden tager over (stafet-tankegang). Etableringen af Patientens Team på tværs af sektorgrænser danner grundlaget for et godt og hensigtsmæssigt forløb. Borgeren ses som en vigtig og aktiv deltager i det konkrete team.

I indsatsen skal der tages højde for den ramme, som fagfolk i henholdsvis region, kommune og almen praksis arbejder under. Der er nogle lovgivningsmæssige aspekter, der skal følges i forhold til fx udveksling af data på tværs af sektorer. Samtidig forudsættes det, at de indgåede aftaler i regi af sundhedsaftalen respekteres og overholdes.

Indsatsen er med til at indfri flere af Sundhedskoordinationsudvalgets pejlemærker fra Den Politiske Sundhedsaftale:

1. Sundhedstilbud med sammenhæng og kvalitet.
2. Den sociale ulighed i sundhed skal reduceres.
3. En lærende og respektfuld samarbejdskultur.

Indsatsen er dermed i overensstemmelse med den vedtagne fælles vision:

”Et stærkt fælles sundhedsvæsen i Nordjylland, der understøtter og bidrager til, at nordjyske borgere

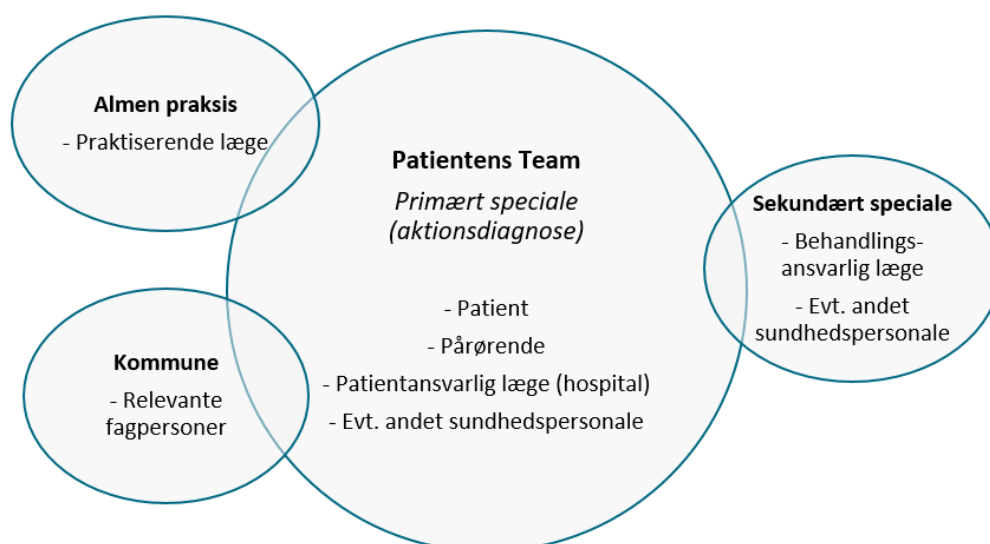
sikres lige muligheder for at have et godt liv med mange gode leveår”.

Det enkelte menneske sættes i centrum, så vi på alle niveauer møder borgeren med fokus på at sikre det rette sundhedstilbud og mulighed for at øge det enkelte menneskes mestringsevne.

I Den Administrative Sundhedsaftale 2015-2018 (side 31) er det konkret aftalt, at: ”Konceptet med en ”stafetholder” udvikles tværsektorielt, så der sikres et fælles koncept og ejerskab hertil. Det skal afklares, hvornår koordineringen af det enkelte forløb bedst sikres ved udpegning af en relevant ”stafetholder”. Det er afgørende i processen at få præciseret terminologien og det konkrete indhold i rollerne. Et eksempel på et koncept for ”stafetholder” er tankerne om Patientens Team”. Arbejdsgruppen har besluttet, at Patientens Team skal danne grundlaget for arbejdet med det gode patientforløb i det tværsektorielle samarbejde.

Patientens Team

Patientens Team er under implementering på regionens hospitaler. Det er en dynamisk samarbejds- og organiseringsform, hvor der er fokus på at styrke den faglige kontinuitet samtidig med, at det er tydeligt for alle parter, hvem der har ansvaret for patientens forløb på tværs af fag, specialer, matrikler og sektorer. Ingen slipper således ansvaret for patienten, før en anden tager over (stafet-tankegangen). Det mest centrale er, at patienten er en aktiv partner i teamet.



Der er følgende principper for Patientens Team på regionens hospitaler.

Patientansvarlig læge: Har det overordnede ansvar og overblik for en given patients forløb. Den patientansvarlige læge er ikke fagligt ansvarlig ud over eget speciale eller behandling, men er koordinerings- og logistikansvarlig for hele patientforløbet.

Forløbskoordinering – logistik: Der sker en koordinering med de personer, der skal involveres i forløbet, og der kommunikeres med patienten herom. Sikringen af den lægelige kontinuitet og koordination samt at vigtig information videreformidles sker oftest i et samarbejde mellem den patientansvarlige læge og fx forløbskoordinator, plejepersonale eller et sekretariat.

Patient- og pårørendeinddragelse: Patienten er aktiv deltager i teamet, hvis de kan og vil – patienten er partner. Patienten beslutter, om pårørende er deltagere i teamet, samt hvilken rolle de ønsker at pårørende tager, hvis de kan og vil.

Sammensætning af teamet ud fra det konkrete patientforløb: Patientens Team sammensættes og organiseres i forhold til det konkrete patientforløb samt de ressourcer, der er muligt at få i spil. Der tilstræbes en kontinuitet i personsammensætningen i teamet.

Stafetprincip i overgange: Kontinuitet og koordination sker i en stafet-tankegang, hvor ansvaret for patientens forløb overdrages på en måde, hvor der kvitteres ved modtagelse. Det skal være tydeligt for patienten og de andre medlemmer i Patientens Team, hvem der har ansvaret for patienten. Patienten skal have oplevelsen af, at der er styr på forløbet og ikke skal gentage sig selv ved hver ny kontakt. Der skal ske et samarbejde og tænkes på tværs af specialer, hospitaler og sektorer. Patienten må ikke blive tabt eller glemt i de mange overgange.

Principperne fra Patientens Team har givet gode erfaringer på regionens hospitaler. Det giver derfor mening at overføre tankegangen og principperne til de tværsektorielle forløb, med udgangspunkt i den hverdag, der arbejdes ud fra her.

Kilde: http://www.rn.dk/-/media/Rn_dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/Sundhedsaftaler/Sundhedsaftale-2015/Den-Tv%C3%A6rsektorielle-Grundaftale/Tv%C3%A6rg%C3%A5ende-temaer/Patientens-Team-paa-tvaers-af-sektorer-Principper-for-det-gode-forloeb.ashx?la=da (set 17.10.2018)

